Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

34 104 Langdurige zorg

25 657 Persoonsgebonden Budgetten

Nr. 129 HERDRUK[1]

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Ontvangen ter Griffie op 10 juni 2016.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 11 juli 2016.

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 juni 2016

In mijn brief «Waardig leven met zorg» van 26 februari 2016 (Kamerstuk 34 104, nr. 105) heb ik aangegeven dat voor mensen die levenslang zijn aangewezen op langdurige zorg, de zorg zich moet aanpassen aan hun leven en niet andersom. Dit betekent dat mensen (met hulp van hun omgeving) zelf moeten kunnen bepalen waar zij wonen, wie hen verzorgt en wanneer dat gebeurt. De Wet langdurige zorg (Wlz) garandeert zorg en een veilige woonomgeving, maar de zorg moet meer ten dienste staan van het leven dat mensen willen leiden.

Om te zorgen dat er in praktijk meer invulling gegeven wordt aan de doelen van de Wlz heb ik aangegeven dat cliënten substantieel meer (financiële) zeggenschap moeten krijgen over de ondersteuning en zorg in hun leven (thuis of in andere woonvormen), dat er meer ruimte moet komen voor innovatieve zorgaanbieders en dat er meer ruimte moet komen voor technologische innovaties. Concreet heb ik tien acties aangekondigd om die doelen te realiseren. Deze acties zijn erop gericht de overgang naar de Wlz soepeler te laten verlopen, zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders/ zorgkantoren echt naar cliënten te laten luisteren, het zorgaanbod op hun wensen toe te snijden en meer te innoveren. Over de voortgang van deze acties informeer ik u via de voortgangsrapportage die u binnenkort van mij ontvangt. Eén van de acties betreft het experimenteren met meer persoonsvolgendheid. Daarover gaat deze brief.

In 2017 en in 2018 zal in de regio Zuid-Limburg voor de sector verpleging en verzorging en in de regio Rotterdam voor de gehandicaptenzorg een experiment persoonsvolgende bekostiging uitgevoerd worden.

Dit betekent het volgende:
1. Cliënten hebben in beginsel de vrijheid om de zorg af te nemen bij de aanbieder van voorkeur. Zorgkantoren maken voorafgaand aan het

[1] I.v.m. vervallen verwijzing naar Kamerstuk

kst-34104-129
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

jaar geen volumeafspraken met aanbieders. Dit betekent dat cliënten meer vrijheid krijgen om de zorg af te nemen bij de aanbieder van voorkeur. Zij hoeven niet meer te wachten op een plek in een instelling van voorkeur, tenzij die aanbieder geen passend aanbod voor de betreffende cliënt beschikbaar heeft.

2. Cliënten worden door het zorgkantoor en de zorgaanbieders intensiever voorgelicht en ondersteund bij het maken van keuzes voor de aanbieder(s) van voorkeur en het vormgeven van het zorgarrangement dat het beste bij hun manier van leven past. De cliënt zal daarbij ook worden ondersteund door onafhankelijke cliëntondersteuners.
3. Nadat een cliënt heeft gekozen voor een aanbieder, krijgt hij meer zeggenschap over de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd. Persoonsvolgendheid geldt in dit experiment dus niet alleen bij de keuze voor een aanbieder, maar is ook leidend bij keuzes daarna. Bij dit onderdeel van het experiment wordt overigens een gefaseerde aanpak gevolgd.
4. Persoonsvolgend inkopen geldt zowel voor cliënten die op 31 december 2016 een Wlz-indicatie hebben, als voor cliënten die vanaf 1 januari 2017 een Wlz-indicatie krijgen.
5. (Kleinschalige) zorgaanbieders of zorgcoöperaties kunnen (indien ze voldoen aan de algemeen geldende toegangs- en kwaliteitscriteria) direct gecontracteerd worden door het zorgkantoor en maken even veel kans op een contract als bestaande aanbieder. Er is bij de inkoopvoorwaarden een gelijk speelveld.
6. De IGZ geeft extra aandacht aan de toetsing op verantwoorde zorg bij nieuwe aanbieders in deze regio's. De Wlz-uitvoerders sluiten bij hun inkoopvoorwaarden nauw aan bij de bevindingen van de IGZ. Beide partijen kunnen zodoende hun eis dat aanbieders moeten beschikken over een adequaat beleid gericht op kwaliteit en kwaliteitsverbetering en een goede cliëntenparticipatie op een uniforme en effectieve manier opleggen aan zorgaanbieders.
7. Het experiment kent een looptijd van twee jaar. De zorgkantoren zien er op toe dat, mocht het experiment na deze periode worden beëindigd, cliënten die tijdens de looptijd van het experiment in zorg zijn, bij hun voorkeursaanbieder kunnen blijven indien zij dat wensen. Zorgkantoren houden hier bij hun inkoopvoorwaarden rekening mee,zodat deze aanbieders voor een nieuw contract in aanmerking komen.
8. De inkoop gaat voor aanbieders gepaard met minder administratieve lasten. Er is per prestatie een vast tarief dat bij de NZa aangevraagd wordt door de betreffende Wlz uitvoerders en er zijn geen onderhandelingen over het volume en dit tarief. In tegenstelling tot de werkwijze bij productieafspraken, wordt alleen de daadwerkelijke realisatie met een accountantsverklaring bij de NZa ingediend. Aanbieders maken geen verbeterplannen meer om in het kader van het dialoogmodel in aanmerking te komen voor een tariefopslag. De afspraken over extra middelen in het kader van Waardigheid en Trots blijven voor de sector verpleging en verzorging in stand.

Wat betreft het wettelijk kader voor persoonsvolgende bekostiging geldt dat de Wlz een individueel recht op zorg regelt voor iedereen die daarop is aangewezen. Het principe van persoonsvolgende bekostiging sluit daar goed bij aan en is ook via het amendement-Keijzer/Van 't Wout (Kamerstuk 33 891, nr. 108) vastgelegd in de wet (artikel 4.2.2a). Met de bovengenoemde regionale experimenten wordt een betekenisvolle stap gezet in de richting van persoonsvolgende bekostiging. De experimenten zullen na afloop geëvalueerd worden en daarna zal worden besloten of en, zo ja, op welke wijze het experiment kan worden uitgebreid. Teneinde het experiment juridisch te borgen, zal ik op grond van de Wet marktordening

gezondheidszorg (Wmg), artikel 58, de NZa een aanwijzing geven. Op basis daarvan zal de NZa beleidsregels opstellen zodat de beoogde persoonsvolgendheid in de betreffende regio's mogelijk wordt. Ten behoeve van deze experimenten is het vooralsnog niet nodig om bij AMvB nadere regelgeving vast te stellen. In lijn met de motie Potters (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 43) zal bij de evaluatie van deze experimenten worden bezien in hoeverre dit nodig en wenselijk is in het kader van de verdere doorontwikkeling van persoonsvolgende bekostiging.

Uitwerking regionale experimenten

Voor de volledigheid merk ik op dat de experimenten alleen betrekking hebben op zorg in natura en niet op het pgb. Binnen de experimenten krijgen cliënten met een Wlz-indicatie maximale ondersteuning en wordt er gestreefd naar maximale aansluiting tussen het aanbod en de gewenste zorg. De ondersteuning begint bij de vraagverheldering: «Wat zijn de wensen en behoeften van de cliënt?», en «Welk aanbod sluit gegeven de mogelijkheden van de cliënt en de omgeving, het best aan?». De ondersteuning kan en zal afhankelijk van de wensen van de cliënt, geboden worden door het zorgkantoor, de aanbieder(s) of de onafhankelijke cliëntondersteuner of een combinatie daarvan. De cliënten krijgen de vrijheid om de zorg daar te ontvangen waar die het beste aansluit. Dat kan ook bij (nieuwe) aanbieders zijn die in deze regios op dit moment geen contract hebben en die – als ze aan de voorwaarden voldoen – wel een contract zullen krijgen. Het kunnen aanbieders zijn die zorg in natura in een aanbieder of thuis leveren. Vervolgens zal ook van de aanbieder een inspanning gevraagd worden zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de persoonlijke wensen en voorkeuren van de cliënt, binnen het redelijke en het mogelijke, gegeven ook de mogelijkheden van betrokkene. Voor aanbieders betekent het dat als een cliënt voor hen kiest zij het bijbehorende zzp kunnen declareren, zonder toetsing aan een afgesproken volumeplafond. De experimenten bieden hiermee mogelijkheden om persoonsvolgendheid nader te concretiseren en te beproeven of de voorgestelde aanpak de gewenste effecten heeft voor cliënten en aanbieders. De IGZ houd toezicht op de kwaliteit van zorg. Met de IGZ zijn specifieke afspraken gemaakt in het kader van deze experimenten.

Wellicht ten overvloede wijs ik erop dat ondanks dat het experiment erop gericht is om vraag en aanbod dichter bij elkaar te brengen, dit niet wil zeggen dat alle wensen van cliënten gehonoreerd kunnen worden. De algemeen geldende regels dat zorg in de thuissituatie doelmatig en verantwoord moet zijn, zijn ook van toepassing in de experimenteerregio's. Welk zorgaanbod op welk moment het best passend is, is altijd een individuele beoordeling en afhankelijk van verschillende factoren. We moeten er oog voor hebben dat zich onder de cliënten in de Wlz ook moeilijk plaatsbare cliënten bevinden die niet op elke plek goed geholpen kunnen worden. De inspanningen van zorgkantoren om voor hen een passende plek te vinden, blijven ook in de experimenteerregio's nodig.

Een gecontroleerde start

Zoals aangegeven in mijn brief «Waardig leven met zorg», kan een andere manier van zorginkoop en bekostiging gevolgen hebben voor aanbieders. Aanbieders worden in het voorgestane model (financieel) meer afhankelijk van voorkeuren van individuele mensen. Cliënten krijgen meer vrijheid om hun aanbieder van voorkeur te kiezen. Omdat de bekostiging hier sterker dan nu van afhankelijk wordt gemaakt, kan het zijn dat bepaalde aanbieders (op termijn) in hun voortbestaan worden bedreigd. Dit heeft consequenties voor die aanbieders en voor het daar werkzame personeel. In het verlengde daarvan kan dit ook voor de mensen die zorg

van deze aanbieder ontvangen, betekenen dat de continuïteit van zorg op die locatie niet meer gewaarborgd kan worden. Dit verschijnsel is niet nieuw. Ook nu komt het voor dat aanbieders en locaties moeten sluiten vanwege veranderende voorkeuren van cliënten. Wel geldt dat het sterker sturen op (wijzigende) cliëntvoorkeuren deze dynamiek kan versterken. Het voorgaande is een van de redenen dat ik het experiment persoonsvolgende bekostiging in een gecontroleerde setting laat uitvoeren, zodat het proces continu kan worden gemonitord en geëvalueerd.

Het gaat om twee regionale experimenten voor een begrensde periode en voor een deel van de zorg. Zoals aangekondigd in de brief «Waardig leven met zorg» blijven de wettelijke waarborgen voor de kwaliteit van kracht. De experimenten worden tussentijds en na afloop geëvalueerd en daarna wordt besloten of en, zo ja, op welke wijze de experimenten kunnen worden uitgebreid. Niet alleen de daadwerkelijk geleverde zorg maar ook de vraag of de cliënt ervaren heeft dat hij van de aanvang van zorg tot en met de levering van zorg gehoord en begeleid is bij het maken van zijn keuze, zal in de monitoring worden meegenomen.

Twee experimenteerregio's

Ten behoeve van de uitwerking van de experimenten heb ik uitvoerig met veldpartijen overlegd. In een breed overleg met de branches, de cliëntenorganisaties, zorgkantoren en uitvoerders zoals de Nza, het Zorginstituut en de IGZ is gesproken over de voorwaarden waaraan de experimenten moeten voldoen. Op deze voorwaarden kom ik later in deze brief terug. Daarna is aan Wlz-uitvoerders het verzoek gedaan om voorstellen voor persoonsvolgende inkoop in te dienen. Met een vertegenwoordiging van de branches, de cliëntenorganisaties en Zorgverzekeraars Nederland heb ik uiteindelijk twee voorstellen geselecteerd en uitgewerkt die ik als experimenteerregio's in het kader van «Waardig leven met zorg» wil benoemen. Hierbij zijn ook verschillende aanbieders betrokken. Voor de sector Verpleging en verzorging is dit de regio Zuid-Limburg (Wlz-uitvoerder CZ) en voor de sector gehandicaptenzorg is dit de regio Rotterdam (Wlz-uitvoerder Zilveren Kruis).

Voor deze regio's is gekozen omdat de voorstellen van deze regio's goed aansluiten bij de doelstellingen van meer persoonsvolgendheid. In beide regio's is draagvlak voor de plannen en zijn zowel het potentieel als de ambitie om vraag en aanbod beter op elkaar te laten aansluiten hoog. Daarnaast vond ik het belangrijk twee verschillende regio's te kiezen zodat in verschillende omgevingen ervaring kan worden opgedaan en er van elkaar geleerd kan worden. Om die reden is gekozen voor een regio in de Randstad en een krimpregio.

Begeleiding van de experimenten.

Om de experimenten in goede banen te leiden, benadrukken veldpartijen dat de cliënten, aanbieders en zorgkantoren in beide regio's goed begeleid moeten worden. Om hierin te voorzien is, zoals ik in mijn brief «Waardig leven met zorg» reeds had toegezegd, onder leiding van VWS een landelijke stuurgroep opgericht.

Daarnaast gaat in elk van de twee deelnemende regio's een regionale projectgroep van start. In deze lokale projectgroepen neemt naast het zorgkantoor een vertegenwoordiging van de cliëntenorganisaties en een vertegenwoordiging van de verschillende aanbieders in de regio deel. De lokale projectorganisaties worden vanuit VWS (financieel) ondersteund.

Er wordt een stevige inzet verwacht van alle betrokkenen bij de communicatie en voorlichting naar cliënten, cliëntenraden, verwanten en professionals over de experimenteeromgeving en de mogelijkheden die dat biedt. Communicatie over het experiment zal worden afgestemd binnen de nog op te richten projectorganisatie (stuurgroep en projectgroepen). Goede cliëntondersteuning is essentieel voor het slagen van de experimenten.

Kwaliteitsaspecten

Bij het traditionele inkoopproces kan een Wlz-uitvoerder zijn verantwoordelijkheid voor het inkopen van kwalitatief goede zorg mede invullen door het selecteren van aanbieders die naar zijn oordeel de beste zorg leveren en door andere aanbieders niet te contracteren. Daarnaast maken Wlz-uitvoerders op dit moment in het kader van het dialoogmodel met aanbieders afspraken over plannen ter verbetering van de kwaliteit en de daarbij behorende tariefopslag.

Het experiment persoonsvolgend inkopen beoogt de cliënt meer ruimte te geven om eigen voorkeuren te volgen bij het kiezen van een aanbieder. Daarom komen de hiervoor genoemde instrumenten te vervallen. In plaats daarvan formuleert de Wlz-uitvoerder in zijn inkoopkader de voorwaarden waar alle aanbieders aan moeten voldoen om zorg te mogen leveren. Selectieve contractering met specifieke afspraken met individuele aanbieders maakt dus plaats voor generieke inkoopvoorwaarden. In deze voorwaarden is vastgelegd dat alle aanbieders die de geldende wet- en regelgeving naleven, het sectorspecifieke kwaliteitskader en de relevante gedragscodes hanteren en akkoord gaan met de gestelde prijs zorg mogen leveren aan cliënten met een CIZ-indicatie. In het geval dat er nog geen sectorspecifiek kwaliteitskader tot stand is gekomen, gelden de kwaliteitseisen zoals opgenomen in het regionale inkoopkader. Op deze wijze wordt voorzien in een gelijk speelveld voor alle aanbieders in de regio.

In aanvulling hierop heb ik met de IGZ en de zorgkantoren gesproken over de vraag op welke wijze nieuwe aanbieders of bestaande aanbieders die gespecialiseerde zorg (bijvoorbeeld voor cliënten met Huntington) willen gaan leveren, op voorhand kunnen worden beoordeeld op de vraag of zij daartoe daadwerkelijk in staat zijn. Dit is, zoals eerder vermeld, van belang omdat zorgkantoren in het experiment niet meer selectief contracteren.

Op dit moment is staand beleid dat de IGZ nieuwe zorgaanbieder in de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, de ouderen- en verpleeghuiszorg en de particuliere klinieken binnen vier weken tot zes maanden na start van de zorgverlening bezoekt. Zorgaanbieders die zorg leveren waaraan hoge risico's zijn verbonden, worden binnen vier weken na de start van de zorgverlening bezocht.

Vanaf 1 januari 2016 benadert de IGZ, gefaciliteerd door het CIBG, elke zorgaanbieder die zich voor het eerst inschrijft in het handelsregister met het verzoek om via de website www.nieuwezorgaanbieders.nl een vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst heeft een tweeledig doel: de IGZ van informatie voorzien voor een adequate risico-inschatting en de nieuwe zorgaanbieders bewust maken van de wettelijke eisen waaraan zij bij de start van de zorgverlening moeten voldoen. In het kader van de regionale experimenten met persoonsvolgende bekostiging zullen zorgkantoren dit beleid versterken door bij de experimenten als voorwaarde op te nemen dat nieuwe aanbieders de IGZ vragenlijst hebben ingevuld. Met de IGZ is afgesproken dat ook bestaande zorgaanbieders die starten met een nieuwe vorm van gespecialiseerde zorg in de

experimentregio's kort na de start zullen worden bezocht. Ter voorbereiding daarop dienen ook zij de vragenlijst in te vullen.

Met deze afspraken op het gebied van zorginkoop, kwaliteit en toezicht wordt bereikt dat Wlz-uitvoerders en IGZ zoveel mogelijk uitgaan van uniforme kwaliteitseisen met minder administratieve lasten. De nauwe verbinding tussen het inkoopbeleid van de Wlz-uitvoerder en het toezicht van de IGZ komt de effectiviteit van beide ten goede.

Financiële aspecten

Bij het traditionele inkoopproces worden, op grond van beleidsregels van de NZa, volume-afspraken gemaakt tussen Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders. Hiermee wordt gewaarborgd dat de regionale contracterruimte niet wordt overschreden. Tegelijk beperkt deze systematiek cliënten in hun keuzemogelijkheden. Het kan immers voorkomen dat een cliënt niet terecht kan bij de aanbieder van zijn voorkeur omdat deze aanbieder geen productieafspraak heeft met de Wlz-uitvoerder of omdat de productieafspraak volledig is benut.

Om de cliënt meer ruimte te geven om eigen voorkeuren te volgen bij het kiezen van een aanbieder, wordt de systematiek van de productieafspraken in de betreffende regio's Zuid-Limburg en Rotterdam losgelaten. Alle aanbieders die voldoen aan de geldende inkoopvoorwaarden kunnen rekenen op een vergoeding van de geleverde zorg als cliënten kiezen voor hun zorgaanbod. Vanuit de Wlz-uitvoerders geredeneerd: als een aanbieder die voldoet aan de gecontracteerde eisen zorg levert aan een cliënt met een CIZ-indicatie dan krijgt deze aanbieder de geleverde zorg vergoed.

De Wlz-uitvoerders in de experimentregio's dienen voor alle relevante prestaties een verzoek in bij de NZa om een tarief vast te stellen. Dit tarief is afgeleid van en mag niet hoger zijn dan de maximumbeleidsregelwaarden van de NZa, zoals deze voor de andere Wlz-uitvoerders van toepassing zijn. Deze tarieven kunnen worden gedeclareerd bij de Wlz-uitvoerder. Als hoofdregel geldt dat de vergoeding voor de geleverde zorg met name bepaald wordt door de CIZ-indicatie en de aanvraag, zoals door de Wlz uitvoerder is gedaan. Hierop zijn een aantal uitzonderingen. Ten aanzien van crisiszorg en meerzorg geldt toekenning van afspraken plaats zal vinden binnen de Regeling meerzorg 2017 en het Crisisprotocol 2017.
Zoals hiervoor aangegeven, geldt er geen tariefopslag uit hoofde van het dialoogmodel. Het blijft voor aanbieders wel mogelijk een beroep te doen op de extra middelen die in het kader van Waardigheid en Trots voor de sector verpleging en verzorging beschikbaar zijn gesteld. De NZa heeft hiervoor aparte prestaties vastgesteld.

Aanbieders die in 2016 Wlz-behandeling leveren en die hierover contractuele afspraken hebben met het zorgkantoor ontvangen hiervoor voor de geleverde productie ook in 2017 en 2018 een vergoeding. Voor 2017 en 2018 worden voor behandeling afspraken gemaakt om de groei van de Wlz-behandeling beheersbaar te houden. Uitgangspunt is dat de groei vergelijkbaar is met die in voorgaande jaren. Met nieuwe aanbieders zal het gesprek worden aangegaan over het aantal behandelingsplaatsen. Cliënten met behandeling behouden hun behandeling en nieuwe cliënten die behandeling nodig hebben behouden hun aanspraak hierop. Dit zal ook worden opgenomen in de inkoopvoorwaarden voor het experiment.

Omdat een aanbieder die voldoet aan de gecontracteerde eisen en die zorg levert aan een cliënt, de zorg vergoed krijgt, is er sprake van een

zogeheten open-einderegeling binnen de experimentregio's en binnen de sectoren waar het experiment plaatsvindt. Aanbieders in de sectoren waar geen experiment plaatsvindt en aanbieders in andere zorgkantoorregio's bieden onder verschillende contractuele voorwaarden zorg aan. De financiële voorwaarden moeten daarop aansluiten. Daarom ben ik voornemens in de aanwijzing aan de NZa ook op te nemen dat de NZa de contracteerruimte voor de regio waar het experiment plaatsvindt, verdeelt in een deel zorg in natura met experiment, een deel zorg in natura zonder experiment[2]. Daarnaast bestaat er een deel voor het pgb. Indien het kader in natura met experiment is uitgeput, kan in de experimentregio's een beroep gedaan worden op een nader te bepalen deel van de herverdelingsmiddelen. Voor de volledigheid merk ik op dat het uitgangspunt is dat de experimenten macrobudgettair neutraal gerealiseerd moeten worden.

Tenslotte zij opgemerkt dat indien na beëindiging van de experimenten niet gekozen zou worden voor verlenging daarvan en de huidige systematiek van productieafspraken weer gaat gelden, de tot dan toe geleverde zorg binnen de grenzen van doelmatigheid wordt gecontinueerd. Dit is van belang voor de continuïteit van zorg geleverd door nieuwe en bestaande aanbieders en voor cliënten die in de experimentele setting voor dit nieuwe aanbod kiezen.

De hiervoor genoemde uitgangspunten hebben de hieronder opgenomen zakelijke inhoud van de voorgenomen aanwijzing in belangrijke mate gevormd.

Zakelijke inhoud voorgenomen aanwijzing

De NZa is op grond van artikel 58 Wmg bevoegd experimenten te faciliteren, echter niet dan nadat ik haar een daartoe strekkende aanwijzing heb gegeven (art. 59, onder f, Wmg). Om de NZa in staat te stellen datgene te doen wat – voor zover het de Wmg betreft – nodig is, ben ik van plan haar een aanwijzing te geven op grond van artikel 7 van de Wmg. In dat verband informeer ik u hierbij, conform artikel 8 van de Wmg, over de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben te geven. Ik ga niet eerder over tot het geven van de aanwijzing dan dertig dagen na verzending van deze brief. Van de vaststelling van de aanwijzing doe ik mededeling door publicatie in de Staatscourant.

De aanwijzing, op grond van artikel 7 Wmg, zal de volgende zaken bevatten:
- Ik zal de NZa opdragen te voorzien in een experiment «persoonsvolgende inkoop»;
- Het experiment heeft betrekking op zorg op Wlz-zorg;
- De experimenten hebben een looptijd van twee jaar, van 1 januari 2017 t/m 31 december 2018;
- Als de NZa het niet langer verantwoord vindt een experiment onveranderd voort te zetten, laat zij mij dat onmiddellijk weten en zal het experiment zonodig stopgezet worden;
- In de regio Rotterdam zal worden geëxperimenteerd in de gehandicaptenzorg, in de regio Zuid-Limburg in de sector verpleging en verzorging. Het experiment is van toepassing op alle zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders in de aangewezen regio's;
- Het experiment heeft betrekking op alle bekostigingsprestaties die samenhangen met zorgprofielen in de GHZ en de VV en op de bekostigingsprestaties voor cliënten met een GGZ B profiel voor zover

[2] In Zuid-Limburg vallen de sectoren gehandicaptenzorg en ggz niet onder het experiment en in Rotterdam vallen de sectoren verpleging en verzorging en ggz niet onder het experiment.

deze cliënten zorg geleverd krijgen van een zorgaanbieder die deelneemt aan een experiment) (daarbij hoort ook de niet-geïndiceerde partner en crisiszorg);
- De NZa stelt, gelijk aan de overige regio's, prestatiebeschrijvingen vast voor deze vormen van zorg. Hierbij hanteert zij dezelfde maximale beleidsregelwaarden voor de prestaties als in de andere regio's. Verschillen in zorgzwaarte zullen door de reguliere prestatiebeschrijvingen te hanteren inzichtelijk blijven;
- De geleverde zorg (productie) van zorgaanbieders is afhankelijk van de keuzes van cliënten;
- Mocht de contracteerruimte in de experimentregio's worden overschreden, dan wordt dit in de eerste plaats opgevangen door het hiervoor gereserveerde deel van de herverdelingsmiddelen voor te gebruiken;
- De NZa stelt voor de experimenteerregio's de aanvaardbare kosten gelijk aan de opbrengst van de overeengekomen vaste tarieven op basis van de gerealiseerde productie. Indien van toepassing geldt dat de zorgaanbieders ook recht hebben op een deel van de nacalculeerbare kapitaallaasten;
- Het vereffeningbedrag als bedoeld in artikel 56a van de Wmg is niet van toepassing. Voor zorgaanbieders met kapitaallasten stelt de Nza in het kader van de overgangsregeling m.b.t kapitaallasten een sluittarief vast.
- Het experiment zal op grond van de Wmg door de NZa tussentijds worden beoordeeld. Dit zal zij doen mede op basis van een door een extern bureau uitgevoerde evaluatie. De Nza werkt hiervoor nauw samen met alle betrokken partijen waaronder organisaties van aanbieders, cliënten en de Wlz-uitvoerders van de genoemde regio's.
- Op basis van de (tussen)evaluatie zal de NZa op verzoek van VWS het experiment uitbreiden, verlengen of stopzetten.

Monitoring en evaluatie

Het experiment start op 1 januari 2017 en heeft een looptijd van minimaal twee jaar. In overleg met partijen heb ik besloten in het najaar van 2016 een nulmeting uit te laten voeren. Over de precieze inhoud van de nulmeting voer ik nog overleg met partijen. Voorts laat ik in het voorjaar van 2017 en 2018 een evaluatie uitvoeren op basis waarvan besloten kan worden tot uitbreiding, afbouw of anderszins aanpassing van het experiment. Op basis van de evaluatie kan het experiment tussentijds worden bijgesteld. De evaluatie wordt uitgevoerd door een extern bureau en in nauwe samenwerking met alle betrokken partijen waaronder organisaties van aanbieders en cliëntenorganisaties en de Wlz-uitvoerders van de genoemde regio's.

Aan de hand van de evaluatie zal bezien worden of het experiment bijdraagt aan de doelstelling die ik voor ogen heb. Krijgen cliënten meer ruimte om te kiezen voor zorgaanbod dat aansluit bij hun wensen en wordt bij de organisatie van de zorg door aanbieders en bij de inkoop van zorg door zorgkantoren meer rekening gehouden met de wensen en behoeften van de cliënt? Beoordeeld zal worden of het experiment wordt afgebouwd of voortgezet in de betreffende regio of wordt uitgebreid naar andere regio's, voor welke sectoren dat mogelijk is en welke voorwaarden hiervoor moeten gelden. Bij deze afweging speelt ook budgettaire beheerbaarheid een rol. Bij eventuele afbouw van het experiment zal er voor zorggedragen worden dat dit op een zorgvuldige wijze gebeurt. Cliënten mogen hiervan geen nadeel ondervinden in die zin dat onder andere eenmaal gemaakte keuzes van cliënten gerespecteerd zullen

worden en de hiertoe met aanbieders gesloten contracten zullen worden nagekomen. Er kan ook worden besloten het experiment tijdelijk te verlengen. De Wmg biedt hiervoor mogelijkheden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn